

Fiche d'information - prise de médicaments

Si votre enfant est contraint de recevoir des médicaments durant le temps d'accueil ou d'autres activités de la Maison de Quartier d'Aire-Le Lignon, voici un formulaire à remplir le plus précisément possible. Il a été rédigé sur la base des directives et selon les recommandations du Service santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ).

- Informer l'animateur-trice responsable de l'activité concernant l'état de santé de votre enfant, l'évolution de la maladie et la raison du traitement.
- Dans la mesure du possible, administrer vous-même les médicaments à la maison, en particulier les doses du matin et du soir.
- **Si le médicament doit être administré durant les activités**, informer l'animateur-trice responsable du moment précis auquel le donner (matin, soir, heure d'administration précise, avant ou après le repas, etc...)
- **Merci de l'amener impérativement dans l'emballage d'origine accompagné de sa notice et muni de l'étiquette de posologie, mentionnant le nom de la pharmacie ayant fourni le médicament ainsi que le nom du médecin l'ayant prescrit.**
- **Merci d'apporter impérativement une copie de l'ordonnance**
- L'administration de certains médicaments (ex : Ventolin, Epipen, ...) peut être prescrite par le pédiatre de votre enfant, de façon répétée, durable ou en réserve. Merci, dans tous les cas, de transmettre une fiche de traitement remplie par votre pédiatre.

Concerne enfant :

Nom :

Prénom :

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant :

Nom du médicament :

Dosage et quantité :

Fréquences / Heures de prise du médicament :

Période d'administration du médicament : du.....au.....

A mettre au frigo : OUI NON

Remarques :

Nom du 2^{ème} médicament :

Dosage et quantité :

Fréquences / Heures de prise du médicament :

A mettre au frigo : OUI NON

Remarques :

.....

.....

Par la signature du présent document, les responsables légaux de l'enfant
..... déclarent les informations ci-dessus
conformes à la réalité et ont pris soin de transmettre toutes les indications
nécessaires à l'administration des médicaments mentionnés. Le médicament ne
pouvant être pris à d'autres moments, ils demandent à l'équipe d'animation du
centre d'administrer les médicaments sur la base des informations ci-dessus.

Nom prénom des parents :

Signature (des parents) : Date :